

Instrucciones para llenar la solicitud 2006

Propósito

En este capítulo se explica en detalle la manera de llenar la solicitud conjunta de Healthy Families Program y Medi-Cal for Families que se envía por correo.

Folleto de la solicitud por correo y manual

El folleto de la solicitud conjunta de Healthy Families Program y Medi-Cal for Families viene con la solicitud de cuatro páginas, instrucciones básicas para llenarla y un sobre con nuestra dirección y con porte pagado. La solicitud y el Manual de Healthy Families están disponibles en los siguientes diez idiomas:

- Inglés
- Español
- Vietnamés
- Khmer (camboyano)
- Hmong
- Armenio
- Chino
- Coreano
- Ruso
- Farsi

La solicitud está dividida en secciones individuales con preguntas numeradas. Es importante que se llene toda la solicitud y que se haga de manera legible para poder enviarla. La información que falte o que no se pueda leer retrasará el procesamiento de la solicitud.

Revisión de solicitudes

En el Punto de entrada único (SPE) se revisan todas las solicitudes para Medi-Cal sin costo que se reciben por correo. En algunos casos, el Departamento de Servicios Sociales del condado puede determinar que los niños reúnen los requisitos para el Medi-Cal sin costo aunque pareciera que los reunían para Healthy Families Program. Es importante que los CAAs les expliquen esto a las familias. Consulte el Capítulo 4 (*Determinar el tamaño de la familia y los ingresos*) si necesita más información.

A continuación aparecen algunos ejemplos en los que esto podría ocurrir:

- Los niños pueden tener ingresos aparte que se toman en cuenta, como por ejemplo mantenimiento infantil o Seguro Social.
- Los hijos de 18 años o menos tienen niños propios y viven con sus propios padres.
- Los padrastros o los padres no casados son parte de la familia.
- Una adolescente embarazada solicitando para Healthy Families Program

En estas situaciones, para determinar los ingresos de la familia se utilizan los ingresos de los padres naturales o de los padres adoptivos de los niños. No se contabilizan los ingresos de los padrastros, de los padres de crianza, de los parientes que cuidan al niño ni los de los hermanos mayores.

Página A1 de la Solicitud



SOLICITUD



Por favor use las instrucciones para completar esta solicitud. Escriba claramente en letra de molde. Use tinta negra o azul únicamente.

SECCIÓN 1: Incluya la información sobre la persona que solicita inscribir al niño, la mujer embarazada, el niño que está por nacer, o que desea inscribirse.

CORTE AQUÍ

1	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	2	FECHA DE NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO
3	DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE). NO UTILICE UN APARTADO POSTAL			4	Nº DE APARTAMENTO
5				6	Nº DE TELÉFONO RESIDENCIAL ()
7	CIUDAD	7	CONDADO	8	Nº DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO ()
9	DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR) O APARTADO POSTAL			10	Nº DE TELÉFONO PARA MENSAJES ()
11				12	Nº DE TELÉFONO PARA MENSAJES ()
13	CIUDAD			13	CÓDIGO POSTAL
14				14	CÓDIGO POSTAL
15A	¿QUÉ IDIOMA HABLA MEJOR?			15B	¿EN QUÉ IDIOMA LEE MEJOR?

16 Inscribiremos al niño o a la mujer embarazada en el programa para el cual califiquen. Si usted no quiere que se le inscriba en uno de esos programas, marque los cuadros que están a continuación.

NO DESEO INSCRIBIRME EN: Healthy Families: No mande las actas de nacimiento. No complete la página de Healthy Families.
 Medi-Cal

SECCIÓN 2: Incluya la información sobre los niños menores de 19 años y/o la mujer embarazada que desean recibir cobertura de salud.



Marque el cuadro si es niño por nacer

CORTE AQUÍ

17	Nombre: Apellido				
	Nombre				
	Segundo nombre				
18	Nombre en el acta de nacimiento: Apellido				
	Nombre (Si es igual al 17, déjelo en blanco.)				
	Segundo nombre				
19	Si la dirección del niño no es la misma que en la sección 1, pregunta 3, ponga la dirección completa:				
20	Relación con la persona de la sección 1:				
21	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
22	Fecha de nacimiento:	mes / día / año			
23	Lugar de nacimiento: Condado y estado o país si no nació en Estados Unidos.				
24	Código étnico: (Ve el N° 24 de las instrucciones)				
25	¿Ciudadano de Estados Unidos o nacional? Si no lo es, por favor incluya la fecha de entrada a Estados Unidos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No mes / día / año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No mes / día / año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No mes / día / año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No mes / día / año
26	Nº de Seguro Social:				

Los números de Seguro Social no se requieren para Healthy Families ni para las personas que sólo desean recibir Medi-Cal para emergencias o atención médica relacionada con el embarazo.

Página A2 de la Solicitud

SECCIÓN 2
(continuación)

		Niño 1 o niño por nacer	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Mujer embarazada
<p>Marque el cuadro si <input type="checkbox"/> es niño por nacer</p>						
27	Nombre de la madre:					
	Apellido					
	Nombre					
	¿La madre vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
28	Nombre del padre:					
	Apellido					
	Nombre					
	¿El padre vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
29	Nombre del cónyuge del adolescente o del esposo de la mujer embarazada (si vive en el hogar)					
30	¿Alguna de las personas para la que se solicitan beneficios recibe Medi-Cal sin costo? Si la respuesta es Sí dé la fecha en que terminará/terminó la cobertura.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		mes / día / año				
31	¿La mujer embarazada y/o los niños tienen otro seguro médico, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
32	¿Alguno de los niños ha tenido cobertura de salud a través de un empleador durante los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo				
		<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible
		<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados
		<input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA				
		<input type="checkbox"/> Otra				
		mes / día / año				

SECCIÓN 3: Miembros de la familia que viven en el hogar. El número de miembros en la familia se toma en cuenta para determinar para qué programa son elegibles sus niños.

33 Escriba los nombres de los demás niños menores de 21 años que viven en el hogar que no figuran en la sección 2. Indique la relación de éstos con la persona que figura en la sección 1, pregunta 1.

_____	_____	_____	_____
APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN	APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____	_____	_____
APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN	APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN

34 ¿Alguna de las mujeres de su familia que viven en el hogar está embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, quién y cuándo espera dar a luz: _____ Fecha _____

35 Escriba los nombres de los padrastros/madrastras que viven en el hogar que no haya incluido en la solicitud: _____ APELLIDO, NOMBRE

36 ¿Cualquiera de las personas nombradas en esta sección o alguno de los padres que figuran en la sección 2 desean obtener Medi-Cal? Sí No

Página A3 de la Solicitud

CORTE AQUÍ

SECCIÓN 4: Escriba los ingresos brutos (antes de impuestos) de todas las personas que viven en el hogar que figuran en la sección 2, preguntas 17, 27, 28, 29 y en la sección 3. Si trabaja independientemente o va a comprobar sus ingresos por medio de la declaración federal de ingresos, sólo complete las preguntas 37, 38 y 40 de esta sección.

37	NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS	38	¿DE DÓNDE VIENEN LOS INGRESOS?	39	¿QUÉ TAN SEGUIDO RECIBE PAGO?	40	¿CUÁNTO RECIBE?	41	Nº DE SEGURO SOCIAL (opcional)
1.									
2.									
3.									
4.									

SECCIÓN 5: Deducciones de los ingresos familiares. Las respuestas en esta sección nos ayudarán a determinar las cantidades que se deducirán de los ingresos brutos mensuales de su familia.

42	TIPO DE PAGO QUE HACE SU FAMILIA	43	NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	44	CANTIDAD MENSUAL PAGADA	45	CUIDADO DE NIÑOS O DEPENDIENTES INCAPACITADOS (Escriba el nombre del niño)	46	EDAD	47	CANTIDAD MENSUAL PAGADA
	Mantenimiento de hijos					1.					
	Mantenimiento por separación o divorcio					2.					
						3.					
						4.					

SECCIÓN 6: Otra cobertura.

48 ¿Alguien ha presentado una demanda debido a accidente o lesión en nombre de la mujer embarazada y/o del niño o niños que solicitan beneficios? Sí No

49 ¿La mujer embarazada y/o los niños desean solicitar la cobertura de **Medi-Cal** para gastos médicos de los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es Sí, indique para qué mes(es): _____

50 Marque el cuadro si no desea que **Medi-Cal** comparta el formulario de solicitud de su niño con el programa de bajo costo **Healthy Families** si su niño ya no califica para **Medi-Cal** sin costo.

SECCIÓN 7: Información voluntaria. No se requiere que responda a estas preguntas. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad pero ayudarán al estado a obtener fondos adicionales del gobierno federal para pagar por programas de cuidado de salud.

51 ¿Hay más de un automóvil en el hogar de los niños? Sí No

52 ¿Hay más de \$3,150 en efectivo depositados en cuentas bancarias en el hogar de los niños? Sí No

SECCIÓN 8: Firma y certificación.

53 Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California, que las respuestas que he dado en esta solicitud, las declaraciones que hice, y los documentos presentados son verdaderos y correctos a mi saber y entender. Declaro que he leído y comprendo las instrucciones de la solicitud, las declaraciones y toda la información impresa en esta solicitud.

Firma _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____
(Si la persona firmó con una cruz)

Representante autorizado *(Si lo hubiera)* _____ Fecha _____

SECCIÓN 9: Llene esta sección SÓLO si recibió ayuda de un Asistente Certificado de Solicitud (CAA).

54 Si desea que la información sea revelada al CAA conteste esta pregunta:
 Al marcar este cuadro y firmar a continuación, permito a **Healthy Families** y a **Medi-Cal** que den información por teléfono acerca del estado de esta solicitud al representante de la Entidad de Inscripción mencionado abajo. Este permiso terminará en la fecha en la que el programa envíe los resultados de la determinación acerca de la elegibilidad presentada en esta Solicitud.

55 Certifico que recibí ayuda para llenar este formulario del Asistente Certificado de Solicitud mencionado más adelante. La ayuda que proporciona el CAA es **GRATUITA**. Nº del CAA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Nº de EE [] [] [] []

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma del CAA _____ Fecha _____

El estado no proporcionará reembolsos a la entidad de inscripción a menos que se conteste completamente y correctamente esta pregunta cuando se presente este Formulario de Solicitud.

CORTE AQUÍ

Pagina A4 de la Solicitud



Si piensa que califica para **Healthy Families** y desea escoger su plan de salud, dental y de la vista ahora, llene esta página. Si no, nos comunicaremos con usted más adelante para pedirle esta información. Consulte su **Manual de Healthy Families** para más información o visite nuestra página en la web: www.healthyfamilies.ca.gov.

SECCIÓN A: Elección del plan de salud, dental y de la vista.

56 Plan de salud/código	57 Plan dental/código	58 Plan para la vista/código
59 Nombre del doctor/clínica <i>(opcional)</i>	60 Código del doctor/clínica <i>(opcional)</i>	61 Nombre del dentista/clínica <i>(opcional)</i>
		62 Código del dentista/clínica <i>(opcional)</i>

SECCIÓN B: Proyecto de demostración.

63 Si pertenece a uno de estos grupos, le ofrecemos una nueva combinación de plan de salud, dental y de la vista disponible en todo el estado. Puede escoger esta nueva combinación y escribir el código en el cuadro siguiente. Consulte el Manual de Healthy Families sobre el código de combinación de planes. Marque todos los cuadros que correspondan.	Código de combinación de planes
<input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="radio"/> Empleado en los siguientes trabajos de temporada o migratorios: <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Forestal <input type="checkbox"/> Pesca	

SECCIÓN C: Declaraciones de Healthy Families.

<p>Declaro que cada persona para la que solicito beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reside en California. • No está en la cárcel ni en un hospital de salud mental. • No es elegible para Medicare Parte A y Parte B. • No es miembro de una familia que es elegible para recibir beneficios médicos a través del Programa(s) de Atención Médica del Sistema de Retiro para Empleados Públicos de California. <p>Asimismo declaro que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas las personas que figuran en esta solicitud cumplirán con las normas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que estén inscritos. • He leído y comprendo el Manual de Healthy Families, comprendo lo que dice sobre cada plan de salud, dental y de la vista, y los beneficios que estos ofrecen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicito inscribir a aquellos de mis hijos que sean elegibles para Healthy Families, a menos que ya estén inscritos, o tengo 18 años o soy menor de edad y solicito inscribirme. • Me comprometo a pagar seis pagos mensuales. Si no hago estos pagos, se anulará mi inscripción en el programa y no podré participar por 6 meses. Deberé pagar por cualquier servicio de Healthy Families que reciba en el mes después de que mi cobertura termine. • Autorizo al Programa Healthy Families a que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura de salud, el estado migratorio de las personas para quienes hago la solicitud y toda la demás información en esta solicitud. • Declaro que notificaré al programa dentro de un plazo de 30 días sobre cualquier cambio de dirección de cualquiera de las personas a las que solicito inscribir que sean aceptadas en el programa, y sobre cualquier cambio en la dirección del solicitante a quien se deben mandar los cobros.
---	--

SECCIÓN D: Aviso sobre la privacidad.

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal sobre Privacidad requieren que el Programa **Healthy Families** informe lo siguiente a las personas a quienes **Healthy Families** les solicita información:

La información personal y médica se solicita sólo para la identificación del suscriptor y la administración del programa. Las normas del programa requieren, en el Título 10, CCR, Artículo 2699.6600, que toda persona proporcione cierta información cuando solicite inscribirse en el Programa **Healthy Families**. La información sobre el suscriptor podrá ser compartida con agencias locales y del estado que participen en la administración de programas de cuidados de salud. La información sobre las personas que no se inscriban (incluyendo el estado migratorio), se utilizará sólo para determinar la elegibilidad y para la administración del programa. El no dar esta información puede causar que la solicitud sea devuelta por estar incompleta. No es obligatorio incluir la siguiente información en la solicitud: número de Seguro Social, información étnica (a menos que el suscriptor sea Indígena Americano) y cualquier otra pregunta que diga voluntaria u opcional. Una persona tiene derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentran en poder de la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario a cargo de la información es el Director Adjunto de Elegibilidad e Inscripción (Deputy Director of Eligibility and Enrollment), Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores, 1000 G Street, Oficina 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695.

SECCIÓN E: Resolución de disputas.

Al inscribirse en ciertos planes está de acuerdo en que ciertos reclamos (que pueden incluir los reclamos por negligencia de práctica médica) sean decididos mediante un arbitraje neutral obligatorio. Los miembros renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal. El **Manual de Healthy Families** incluye información sobre cada plan y el requisito de arbitraje. Puede llamar a los planes que escoja para recibir más información.

SECCIÓN F: Firma y certificación.

64 **Certifico** que he leído y comprendo la información anterior. **También certifico** que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____
(Si la persona firmó con una cruz)

Página A1 de la Solicitud

La página A1 de la solicitud pide información de la persona que solicita Healthy Families Program o Medi-Cal for Families.

SECCIÓN 1: Información del solicitante

El solicitante es la persona que llenará la solicitud respecto a sí misma, a un niño, a una mujer embarazada, o a un niño por nacer. El niño debe vivir con el solicitante a menos que se trate de los padres naturales o de los padres adoptivos y que desee solicitar sólo Healthy Families para los niños. Si necesita más información, lea el Capítulo 7 (*Healthy Families Program*)

El solicitante puede ser cualquiera de las siguientes personas:

- Los padres naturales o adoptivos (ya sea que vivan o no con el niño)
- Los parientes que cuiden al niño, como por ejemplo, los abuelos, tíos y tías, primos, hermanos o algún otro miembro de la familia con quien viva el niño y que se encargue del cuidado y atención de él.
- Los tutores legales - contar con una orden del tribunal o de alguna otra entidad jurídica que les autorice la atención médica y otras decisiones. NO es necesario entregar copia de la orden judicial al enviar la solicitud.
- Los padres de crianza
- Padrastrros
- La persona que solicite cobertura para sí misma (incluso las mujeres embarazadas)
- Los niños menores de 18 años de edad podrán solicitar cobertura por sí mismos si tienen más de 14 años y si no viven con uno de sus padres o con un pariente, con un tutor legal, con un padre de crianza o con uno de sus padrastrros.

NOTA: Los padres menores de edad (de 18 años o menos) que tengan hijos propios podrán llenar una solicitud para sus hijos. No obstante, si los padres menores de edad viven con sus propios padres y desean una cobertura, en ese caso son sus padres quienes deben hacer la solicitud.

Página A1 de la Solicitud

CORTE AQUÍ				SOLICITUD				
	<p align="center">Por favor use las instrucciones para completar esta solicitud. Escriba claramente en letra de molde. Use tinta negra o azul únicamente.</p>							
	<p>SECCIÓN 1: Incluya la información sobre la persona que solicita inscribir al niño, la mujer embarazada, el niño que está por nacer, o que desea inscribirse.</p>							
	1	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	2	FECHA DE NACIMIENTO		
						MES / DÍA / AÑO		
	3	DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE). NO UTILICE UN APARTADO POSTAL			4	Nº DE APARTAMENTO	5	Nº DE TELÉFONO RESIDENCIAL
								()
	6	CIUDAD	7	CONDADO	8	CÓDIGO POSTAL	9	Nº DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO
								()
	10	DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA ANTERIOR) O APARTADO POSTAL			11	Nº DE APARTAMENTO	12	Nº DE TELÉFONO PARA MENSAJES
							()	
13	CIUDAD			14	CÓDIGO POSTAL			
15A	¿QUÉ IDIOMA HABLA MEJOR?			15B	¿EN QUÉ IDIOMA LEE MEJOR?			
16	<p>Inscribiremos al niño o a la mujer embarazada en el programa para el cual califiquen. Si usted no quiere que se le inscriba en uno de esos programas, marque los cuadros que están a continuación.</p> <p>NO DESEO INSCRIBIRME EN: <input type="checkbox"/> Healthy Families: No mande las actas de nacimiento. No complete la página de Healthy Families. <input type="checkbox"/> Medi-Cal</p>							

Preguntas de la SECCION 1

1. Nombre de Solicitante
 - Indique el apellido, nombre, e inicial del solicitante.
2. Fecha de nacimiento del solicitante.
 - Escriba la fecha de nacimiento del solicitante en la forma indicada: mes/día/año.
3. Dirección de la casa.
 - Anote la dirección, la calle o ruta rural o cualquier otra descripción física del lugar en que vive el solicitante. **NO ESCRIBA UNA DIRECCIÓN DE P.O. BOX.**
4. Número de apartamento.
 - Escriba el número (o letra) de apartamento o unidad, si el solicitante vive en un apartamento.
 - Deje en blanco si el solicitante no vive en un apartamento.
5. Número de teléfono residencial
 - Escriba el número telefónico residencial, incluyendo el código de área.
 - Deje en blanco si el solicitante no tiene teléfono en su casa.

Página A1 de la Solicitud

NOTA: Los solicitantes deberán escribir al menos un número telefónico en la solicitud para que se les pueda buscar para pedir una aclaración o si se necesita más información. Este teléfono podría ser también un número telefónico del lugar del trabajo o un número telefónico para mensajes (Preguntas 9 y 12)

6. Ciudad

- Escriba la ciudad en que vive el solicitante.

7. Condado

- Escriba el condado en que vive el solicitante.

8. Código postal.

- Escriba el código postal en que vive el solicitante.

9. N° de teléfono del lugar de trabajo

- Escriba el número de teléfono del lugar de trabajo del solicitante.
- Deje en blanco si el solicitante no tiene teléfono en el trabajo.

10. Dirección postal

- Escriba la dirección postal del solicitante si es diferente de la dirección de la casa indicada en la pregunta 3.
- Si el solicitante tiene un P.O. Box, indíquelo aquí.
- Deje en blanco si la dirección postal es la misma que la dirección de la casa.

11. Número de apartamento

- Escriba el número (o letra) de apartamento o unidad si el solicitante vive en un apartamento.
- Deje en blanco si el solicitante no vive en un apartamento.

12. N° de teléfono para mensajes

- Escriba el número telefónico para mensajes
- Deje en blanco si el solicitante no tiene un número telefónico para mensajes

13. Ciudad

- Escriba la ciudad de la dirección postal del solicitante.
- Deje en blanco si la dirección postal es la misma que la dirección de la casa.

Página A1 de la Solicitud

14. Código postal

- Escriba el código postal de la dirección postal.
- Deje en blanco si la dirección postal es la misma que la dirección de la casa.

15. 15A. Que idioma habla mejor

- Escriba el idioma que el solicitante habla mejor.
- Esta información se usa cuando es necesario comunicarse por teléfono con el solicitante.
- Hay representantes en el centro de llamadas para ayudar en los siguientes idiomas:

Inglés	Armenio	Ucraniano
Español	Cantones	Punja bi / Hindi
Vietnamita	Coreano	Tagalo
Khmer (camboyano)	Ruso	Mandarín
Hmong	Farsi	

15B. En qué idioma lee mejor

- Escriba el idioma que el solicitante lee mejor.
- Esta información se usa cuando se envía correspondencia al solicitante.

16. Programas a los que no desea afiliarse el solicitante

- Los solicitantes podrán indicar para cuáles programas NO desean ser considerados. Si el solicitante marca una casilla, los niños NO se examinará a los niños para ese programa aunque reúnan los requisitos. Por eso se recomienda a los solicitantes que dejen esas casillas en blanco para que los niños sean evaluados para ver si reúnen los requisitos para cualquier programa.

Por ejemplo: Si un solicitante marca la casilla 'NO quiero Medi-Cal' y el Punto de entrada único (SPE) determina que los niños reúnen los requisitos para Medi-Cal sin costo, la solicitud no se enviará al Departamento de servicios sociales del condado.

En este ejemplo, la familia recibiría una carta de "Reconsidere el plan Medi-Cal" del Punto de entrada único que dice que los niños parecen reunir los requisitos para Medi-Cal. Este aviso también da a los solicitantes la oportunidad de dar su consentimiento para que el SPE envíe sus solicitudes al Departamento de servicios sociales del condado.

Página A1 de la Solicitud

SECCIÓN 2: Información sobre niños y mujer embarazada

En esta sección se pide información de los niños menores de 19 años de edad, de un niño por nacer y de la mujer embarazada que desean cobertura médica.

La solicitud cuenta con columnas para cuatro niños más otra para una mujer embarazada. Si no se necesita la columna "Mujer embarazada", puede utilizarse para un quinto niño. Tache el encabezado de la columna y escriba "Niño 5"

El solicitante también puede solicitar Healthy Families Program para un niño por nacer; puede hacerlo hasta 3 meses antes de la fecha en que se espera que nazca. Si los ingresos de la familia son muy altos para que la mujer embarazada reciba el Medi-Cal sin costo, pero están dentro del nivel para "Desde el parto hasta 1 año de edad" con Healthy Families (entre 200% y 250% de las Pautas de Ingresos Federales), el niño por nacer podría reunir los requisitos para Healthy Families Program. En este caso, utilice la columna "Niño 1 o por nacer" y marque la casilla para indicar que se trata de un niño por nacer. Llene la columna con la mayor cantidad de datos que le sea posible (incluso las preguntas 22, 27 y 28)

Preguntas de la Sección 2

		Niño 1 o niño por nacer	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Mujer embarazada
SECCIÓN 2: Incluya la información sobre los niños menores de 19 años y/o la mujer embarazada que desean recibir cobertura de salud. Marque el cuadro si <input type="checkbox"/> es niño por nacer						
17	Nombre: Apellido					
	Nombre					
	Segundo nombre					
18	Nombre en el acta de nacimiento: Apellido					
	Nombre <small>(Si es igual al 17, déjelo en blanco.)</small>					
	Segundo nombre					
19	Si la dirección del niño no es la misma que en la sección 1, pregunta 3, ponga la dirección completa:					
20	Relación con la persona de la sección 1:					
21	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
22	Fecha de nacimiento:	mes / día / año				
23	Lugar de nacimiento: Condado y estado o país si no nació en Estados Unidos.					
24	Código étnico: <small>(Vea el N° 24 de las instrucciones)</small>					
25	¿Ciudadano de Estados Unidos o nacional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	Si no lo es, por favor incluya la fecha de entrada a Estados Unidos.	mes / día / año				
26	N° de Seguro Social:					

Los números de Seguro Social no se requieren para Healthy Families ni para las personas que sólo desean recibir Medi-Cal para emergencias o atención médica relacionada con el embarazo.

Página A1 de la Solicitud

Las preguntas 17 a 32 DEBEN contestarse para cada niño o mujer embarazada para quien se solicita la cobertura.

Preguntas de la Sección 2

17. Nombre

- Escriba el nombre (apellido, nombre, inicial) de cada niño o mujer embarazada que desee cobertura.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

18. Nombre en el acta de nacimiento:

- Escriba el nombre exactamente como aparece en el acta de nacimiento de cada niño o mujer embarazada.
- Deje en blanco para un niño por nacer o si el nombre en el acta de nacimiento es el mismo que en la pregunta 17

19. Dirección del niño

- Escriba la dirección del niño si el niño no vive con el solicitante.
- El niño o la mujer embarazada deben vivir en California para poder reunir los requisitos para Healthy Families Program o Medi-Cal for Families.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

20. Relación con la persona de la sección 1

- Escriba la relación o parentesco de cada niño o mujer embarazada con el solicitante que se indica en la Sección 1. Esto puede ser hijo, nieta, hijastra, sobrino, etc. Es importante identificar con precisión la relación porque el Punto de entrada único (y Healthy Families Program y Medi-Cal for Families) para determinar el tamaño de la familia y la responsabilidad financiera.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

21. Sexo

- Indique el sexo del niño.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

22. Fecha de nacimiento:

- Escriba la fecha de nacimiento de cada niño o mujer embarazada en la forma indicada: mes/día/año.
- Si está haciendo la solicitud para un niño por nacer (columna 1), escriba la fecha en que se espera que nazca

Página A1 de la Solicitud

23. Lugar de nacimiento

- Escriba el condado si el niño o la mujer embarazada nacieron en California.
- Escriba el estado si el niño o la mujer embarazada nacieron en Estados Unidos pero fuera de California.
- Escriba el país si el niño o la mujer embarazada nacieron fuera de Estados Unidos.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

24. Código étnico

- Indique el código étnico de cada niño o mujer embarazada. Es opcional dar el código étnico excepto si el niño es indio americano o nativo de Alaska. Los códigos se encuentran en la página 3 de las instrucciones para llenar la solicitud.

NOTA: Los indios americanos y los nativos de Alaska deben indicar sus códigos étnicos. Los indios americanos y los nativos de Alaska están exentos de los pagos de las cuotas de Healthy Families Program.

25. Ciudadano o nacional de EE.UU.

- Indique si el niño o la mujer embarazada son ciudadanos o nacionales de Estados Unidos. Los ciudadanos o nacionales de Estados Unidos son las personas que:
 - Nacieron en EE.UU.
 - Son nativos americanos nacidos en Canadá
 - Nacieron en Puerto Rico
 - Nacieron en las Islas Marianas del Norte
 - Nacieron en Guam
 - Nacieron en las Islas Vírgenes de EE. UU (St. Thomas, St. John y St. Croix).
 - Nacieron en la isla de Swain
 - Ciudadanos naturalizados
 - Tienen ciudadanía adquirida o derivada
 - Nacieron en Samoa Americana
- Si la casilla "no" está marcada, escriba la fecha de entrada a EE.UU. Lea el Capítulo 6 (*Medi-Cal for Families*) y el Capítulo 7 (*Healthy Families Program*), para obtener más información acerca de los diferentes tipos de situaciones migratorias y confidencialidad.
- Deje en blanco para un niño por nacer (Columna 1)

Página A1 de la Solicitud

26. Número de Seguro Social

- Escriba el número de Seguro Social para cada niño o mujer embarazada al solicitar Medi-Cal. Si el solicitante no proporciona números de Seguro Social al llenar la solicitud, aún así la solicitud se enviará al Departamento de servicios sociales del condado. El Departamento de servicios sociales del condado se comunicará con el solicitante para pedir los números de Seguro Social del niño o la mujer embarazada.

NOTA: Healthy Families Program no pide números de Seguro Social.

Página A2 de la Solicitud

La página A2 de la solicitud pide información sobre de los niños o mujeres embarazadas que desean afiliarse a Healthy Families Program o Medi-Cal for Families y sobre otros miembros de la familia que viven en la misma casa.

SECCIÓN 2: Información sobre niños y mujer embarazada (Continuación)

SECCIÓN 2 (continuación)		Niño 1 o niño por nacer	Niño 2	Niño 3	Niño 4	Mujer embarazada
		Marque el cuadro si <input type="checkbox"/> es niño por nacer				
27	Nombre de la madre:					
	Apellido					
	Nombre					
	¿La madre vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
28	Nombre del padre:					
	Apellido					
	Nombre					
	¿El padre vive en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
29	Nombre del cónyuge del adolescente o del esposo de la mujer embarazada (si vive en el hogar)					
30	¿Alguna de las personas para la que se solicitan beneficios recibe Medi-Cal sin costo? Si la respuesta es Sí dé la fecha en que terminará/terminó la cobertura.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		mes / día / año				
31	¿La mujer embarazada y/o los niños tienen otro seguro médico, dental o de la vista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
32	¿Alguno de los niños ha tenido cobertura de salud a través de un empleador durante los últimos 90 días? Si la respuesta es Sí, marque la razón principal por qué la cobertura de salud terminó y la fecha.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo				
		<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio a una zona sin cobertura disponible
		<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados	<input type="checkbox"/> El empleador discontinuó los beneficios para todos los empleados
		<input type="checkbox"/> Terminó la cobertura de COBRA				
		<input type="checkbox"/> Otra				
		_____	_____	_____	_____	_____
		mes / día / año				
		_____	_____	_____	_____	_____
		mes / día / año				

Preguntas de la Sección 2

27. Nombre de la madre

- Escriba el nombre de la madre natural o adoptiva para cada niño.
- No escriba el nombre de la madrastra del niño.
- Deje en blanco para una mujer embarazada que tenga más de 19 años.
- Indique si la madre vive en la casa.

Página A2 de la Solicitud

28. Nombre del padre:

- Escriba el nombre del padre natural o adoptivo para cada niño.
- No escriba el nombre del padrastro del niño.
- Deje en blanco para una mujer embarazada que tenga más de 19 años.
- Indique si el padre vive en la casa.

29. Nombre del cónyuge del adolescente o del esposo de la mujer embarazada

- Escriba el nombre del cónyuge del adolescente si vive en la casa.
- Escriba el nombre del marido de la mujer embarazada si vive en la casa.
- Deje en blanco si el adolescente o la mujer embarazada no está casada con su pareja.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

30. Medi-Cal sin costo

- Indique si los niños o la mujer embarazada reciben actualmente Medi-Cal sin costo.
- En caso afirmativo, escriba la fecha en que terminará la cobertura de Medi-Cal sin costo.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

NOTA: Los solicitantes pueden solicitar hasta tres meses antes del fin de la cobertura de Medi-Cal sin costo de un niño.

RECORDATORIO: Los niños que reciban Medi-Cal sin costo, incluyendo afiliación acelerada, no reúnen los requisitos para Healthy Families Program. Es posible que los niños que reciban Medi-Cal de costo compartido reúnan los requisitos para Healthy Families Program.

31. Otro seguro médico, dental o de la vista

- Indique si el niño o la mujer embarazada tienen otro seguro médico, dental o de la vista.
- Ejemplo: Si los padres tienen cobertura de un seguro patrocinado por el patrón y los niños no están asegurados, la respuesta sería no.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

NOTA: Los niños y las mujeres embarazadas pueden tener otro seguro médico y aún así reunir los requisitos para Medi-Cal sin costo.

RECORDATORIO: Los niños cubiertos por un seguro médico patrocinado por el patrón no reúnen los requisitos para la cobertura de Healthy Families Program.

Página A2 de la Solicitud

32. Seguro médico patrocinado por el patrón

- Indique si el niño estuvo asegurado por una cobertura de un seguro médico patrocinado por el patrón en los últimos 3 meses.
- Si la respuesta es 'sí' marque la casilla junto a la razón por la que terminó la cobertura y escriba la fecha en que terminó el seguro.
- Si necesita más información, lea el Capítulo 7: Healthy Families Program.
- Deje en blanco para un niño por nacer (columna 1)

RECORDATORIO: Los niños que estuvieron asegurados mediante cobertura patrocinada por el patrón en los últimos 3 meses no reúnen los requisitos para Healthy Families Program. El período de espera no se aplicará si alguna de las situaciones siguientes le sucede a la persona a través de la cual se ha contado con el seguro médico para los niños auspiciado por el patrón:

- Pierde su trabajo.
- Se muda a una zona o región con un número de ZIP que no esté cubierta por el seguro médico patrocinado por el patrón.
- Pierde los beneficios médicos porque su patrón deja de pagar los beneficios médicos para todos los empleados.
- Muere.
- Se divorcia o se separa legalmente del padre con el que vive el niño.

SECCIÓN 3: Otros miembros de la familia que vivan en la misma casa

En esta sección se pide información acerca de otros miembros de la familia que no aparezcan en la Sección 1 o en la 2. Se necesita esta información para determinar de manera acertada el tamaño de la familia y si se reúnen los requisitos.

SECCIÓN 3: Miembros de la familia que viven en el hogar. El número de miembros en la familia se toma en cuenta para determinar para qué programa son elegibles sus niños.

33 Escriba los nombres de los demás niños menores de 21 años que viven en el hogar que no figuran en la sección 2. Indique la relación de éstos con la persona que figura en la sección 1, pregunta 1.

APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN	APELLIDO, NOMBRE	RELACIÓN

34 ¿Alguna de las mujeres de su familia que viven en el hogar está embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, quién y cuándo espera dar a luz: _____ Fecha _____

35 Escriba los nombres de los padrastros/madrastras que viven en el hogar que no haya incluido en la solicitud: _____
APELLIDO, NOMBRE

36 ¿Cualquiera de las personas nombradas en esta sección o alguno de los padres que figuran en la sección 2 desean obtener Medi-Cal? Sí No

MC 321 HFP (rev. 04/06)
APPLICATION

A2

Preguntas de la Sección 3

33. Otros hijos menores de 21 años que vivan en la casa
- Indique cualquier hijo de menos de 21 años que viva en la casa y que NO esté en la Sección 2: Hijos de menos de 19 años o mujeres embarazadas que desean cobertura médica.
 - Hijos que ya tengan cobertura médica.
 - Hijos de 19 a 21 años
 - Hijos que cumplen estos DOS requisitos
 - Asisten a la escuela en otra población.
 - Son declarados como dependientes con fines fiscales por sus padres
 - NO escriba los nombres de los niños que reciben SSI/SSP o asistencia pública. No se cuentan en el tamaño de la familia. Si necesita más información, lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos*)

Página A2 de la Solicitud

Preguntas de la Sección 3

34. Mujeres de la familia que están embarazadas.

- Escriba los nombres de las mujeres embarazadas de la familia. Podría ser una adolescente, una madre o una madrastra embarazada que viva en casa. Esta información es necesaria porque el niño por nacer se cuenta en el tamaño de la familia.

Si las mujeres o adolescentes embarazadas desean solicitar Medi-Cal, pueden llenar una solicitud aparte o hacer su solicitud directamente en el Departamento de servicios sociales del condado. Las mujeres que estén cerca del fin de la gestación o tengan un embarazo de alto riesgo deberá hacer su solicitud directamente en el Departamento de Servicios Sociales del condado para obtener una determinación de requisitos más rápida.

35. Padrastro en la casa

- Escriba los nombres de los padrastros o madrastras que vivan en la casa y no estén en la Sección 1 ó 2 de la solicitud.
- Escriba sólo los padrastros o madrastras. NO escriba las parejas que vivan juntas.

36. Otros miembros de la familia que quieran Medi-Cal

- Indique si alguno de los miembros de la familia desea Medi-Cal.
- El Departamento de servicios sociales del condado se comunicará con la familia para obtener información adicional que se requiere para determinar si esos miembros de la familia reúnen los requisitos para Medi-Cal.

NOTA: Si el solicitante indique que no desea Medi-Cal (Pregunta 16), la solicitud NO se enviará al Departamento de servicios sociales del condado para que se haga la determinación de requisitos para Medi-Cal.

Página A3 de la Solicitud

La página A3 de la solicitud pide información sobre las diversas fuentes de ingresos de los miembros de la familia, así como las deducciones a las que pueda tener derecho. También pregunta si la familia desea solicitar Medi-Cal retroactivo e incluye una certificación de que los datos que se dan son verdaderos y correctos.

SECCIÓN 4: Información sobre los ingresos

La información de esta sección se utiliza para determinar lo siguiente por cada miembro de la familia: los ingresos brutos, la fuente de ingresos y qué tan seguido recibe ingresos.

SECCIÓN 4: Escriba los ingresos brutos (antes de impuestos) de todas las personas que viven en el hogar que figuran en la sección 2, preguntas 17, 27, 28, 29 y en la sección 3. Si trabaja independientemente o va a comprobar sus ingresos por medio de la declaración federal de ingresos, sólo complete las preguntas 37, 38 y 40 de esta sección.

37	NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS	38	¿DE DÓNDE VIENEN LOS INGRESOS?	39	¿QUÉ TAN SEGUIDO RECIBE PAGO?	40	¿CUÁNTO RECIBE?	41	Nº DE SEGURO SOCIAL (opcional)
1.									
2.									
3.									
4.									

CORTE AQUÍ

Preguntas de la Sección 4

37. Nombre de la persona con ingresos

- Escriba el nombre de cada miembro de la familia que reciba ingresos.
- Use un renglón separado para cada fuente de ingresos.

RECORDATORIO: El mantenimiento infantil que recibe el niño son los ingresos DEL NIÑO y se deben incluir con el NOMBRE DEL NIÑO y NO con el nombre del padre. NO escriba los ingresos de las personas de la casa que no se cuenten en el tamaño de la familia.

Página A3 de la Solicitud

38. Fuente de ingresos

- Indique de dónde vienen los ingresos, como trabajo (dé el nombre del patrón o indique si es empleado por su cuenta) Seguro Social o mantenimiento infantil. Si necesita más información, lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos*)

RECORDATORIO: no escriba los ingresos que no se cuenten. Si necesita más información, lea el Capítulo 4: Tamaño de la familia y determinación de ingresos.

NOTA: La asistencia pública, como SSI/SSP, CalWORKS y Asistencia general, que causa que el beneficiario NO SE CUENTE en el tamaño de la familia se debe incluir como ingresos y se debe enviar una comprobación. Estos ingresos no se contarán pero el SPE los necesita para asegurarse de que esas personas no se tomen en cuenta en el tamaño de la familia. Si necesita más información, lea el Capítulo 4: Tamaño de la familia y determinación de ingresos.

39. ¿Qué tan seguido recibe pago?

- Indique qué tan seguido se reciben los ingresos (de la cantidad reportada en ingresos brutos):
 - Semanalmente (se paga una vez a la semana)
 - Cada dos semanas (se paga cada dos semanas)
 - Dos veces al mes (se paga dos veces al mes, por ejemplo, el 15 y el 30 de cada Mes)
 - Mensualmente (se paga una vez al mes)

40. Ingresos brutos

- Escriba la cantidad de ingresos brutos en el talón del cheque de pago u otro comprobante de ingreso (antes de impuestos u otras retenciones)
- Haga una lista del importe total en el talón del cheque de pago. Por ejemplo, si se paga semanalmente a los miembros de la familia, haga una lista de las cantidades que se pagan cada semana y NO de los ingresos mensuales calculados.

NOTA: Si los miembros de la familia trabajan por su cuenta o están usando declaraciones de impuestos para demostrar sus ingresos, respondan a las preguntas 37, 38 y 40. Deje en blanco la pregunta 39. Si necesita más información, lea el Capítulo 4 (*Tamaño de la familia y determinación de ingresos*)

41. Número de Seguro Social

- Escriba los números de seguro social de los miembros de la familia con sus ingresos.
- Esta información es OPCIONAL para Healthy Families Program y Medi-Cal for Families.

SECCIÓN 5: Deducciones de ingresos

En esta sección se pide información para determinar las deducciones de ingresos adecuadas. No se incluyen en esta sección algunas deducciones, como la deducción de \$90 por gastos de trabajo y la de \$50 por mantenimiento infantil o por pensión por separación o divorcio. Estas deducciones se hacen de manera automática conforme a los comprobantes de ingresos que se anexan a la solicitud.

Esta sección se divide en dos partes:

- Pagos por manutención infantil y pensión alimenticia
- Gastos por cuidado infantil y por cuidado de un dependiente incapacitado

Si la familia no hace estos pagos, deje en blanco.

SECCIÓN 5: Deducciones de los ingresos familiares. Las respuestas en esta sección nos ayudarán a determinar las cantidades que se deducirán de los ingresos brutos mensuales de su familia.

42 TIPO DE PAGO QUE HACE SU FAMILIA	43 NOMBRE DE LA PERSONA QUE HACE EL PAGO	44 CANTIDAD MENSUAL PAGADA	45 CUIDADO DE NIÑOS O DEPENDIENTES INCAPACITADOS <i>(Escribe el nombre del niño)</i>	46 EDAD	47 CANTIDAD MENSUAL PAGADA
Mantenimiento de hijos			1.		
Mantenimiento por separación o divorcio			2.		
			3.		
			4.		

Preguntas 42-44 Pagos de mantenimiento infantil y pensión por separación o divorcio

42. Tipo de pago que hace su familia

- Escriba los pagos de mantenimiento infantil o pensión por separación o divorcio por orden de un juez.

43. Nombre de la persona que paga

- Escriba los nombres de los miembros de la familia que pagan mantenimiento infantil o pensión por separación o divorcio por orden de un juez.

44. Cantidad mensual pagada

- Escriba la cantidad ordenada por el juez o la cantidad real pagada por mes, lo que sea menos.

Página A3 de la Solicitud

NOTA: Sólo se pueden deducir los pagos hechos POR ORDEN DE UN JUEZ.

Preguntas 45-47 Gastos por cuidado infantil y cuidado de un dependiente

45. Cuidado infantil o cuidado de un dependiente

- Escriba los nombres de los niños o dependientes que estén recibiendo cuidado de niños o dependientes incapacitados.

46. Edad

- Indique las edades de los niños y los dependientes.

47. Cantidad mensual pagada

- Escriba la cantidad mensual PAGADA MENSUALMENTE para cuidado de niños o dependientes, incluso si es mayor que el máximo de deducciones permitido.
- La deducción máxima depende de la edad de cada niño:
 - o Hasta \$200 por niño menor de 2 años de edad
 - o Hasta \$175 por niño de 2 años o más
 - o Hasta \$175 por dependiente discapacitado

SECCIÓN 6: Otra cobertura

SECCIÓN 6: Otra cobertura.	
48 ¿Alguien ha presentado una demanda debido a accidente o lesión en nombre de la mujer embarazada y/o del niño o niños que solicitan beneficios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
49 ¿La mujer embarazada y/o los niños desean solicitar la cobertura de Medi-Cal para gastos médicos de los últimos 3 meses? Si la respuesta es Sí, indique para qué mes(es): _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
50 Marque el cuadro si no desea que Medi-Cal comparta el formulario de solicitud de su niño con el programa de bajo costo Healthy Families si su niño ya no califica para Medi-Cal sin costo.	<input type="checkbox"/>

Preguntas de la sección 6

48. Demanda en nombre del niño o la mujer embarazada.

- Indique 'sí' o 'no' si se ha presentado una demanda debido a un accidente o lesión causado por otra persona o mientras se encontraba en el trabajo. Medi-Cal cubrirá los servicios que se necesiten por el accidente.

Si la persona usó Medi-Cal para el tratamiento y luego recibió un seguro u otro tipo de indemnización, debe pagar el costo de los servicios de Medi-Cal recibidos para el tratamiento debido al accidente o la lesión. Sólo se pagarán los costos de los servicios por tratamiento relacionados con el accidente o la lesión. Si la indemnización que la familia recibió es menor del costo de los servicios que Medi-Cal proporcionó, la familia sólo deberá pagar la cantidad

Página A3 de la Solicitud

de la indemnización.

- **NOTA:** La familia no paga a Medi-Cal si la persona no recibe una indemnización.

49. Cobertura de Medi-Cal para gastos médicos anteriores

- Indique con 'sí' o 'no' si los niños o la mujer embarazada desean solicitar Medi-Cal para gastos médicos anteriores

Medi-Cal puede pagar las facturas médicas pasadas si los solicitantes o los niños tuvieron gastos médicos durante los 3 meses antes de la fecha de la solicitud (cuando el SPE recibe la solicitud) Esto se llama Medi-Cal retroactivo. Si necesita más información, lea el Capítulo 6 (*Medi-Cal for Families*)

Cuando el Departamento de servicios sociales del condado recibe las solicitudes, se comunica con los solicitantes para obtener la información necesaria para la cobertura de los meses que se solicitan.

NOTA: Es posible que los niños que reúnen los requisitos para Healthy Families Program puedan reunir los requisitos para Medi-Cal con gastos médicos anteriores.

RECORDATORIO: Para recibir esta cobertura, NO se debe marcar la casilla de la pregunta 16, 'No deseo Medi-Cal'.

NOTA: Si el final del mes está cerca y las familias están solicitando Medi-Cal retroactivo para el primer mes posible, es mejor que el solicitante vaya al Departamento de servicios sociales del condado para llenar la solicitud para gastos médicos retroactivos (anteriores) en lugar de usar la solicitud por correo.

Si necesita más información o un ejemplo, lea el Capítulo 6 (*Medi-Cal for Families*)

50. Marque esta casilla si usted no desea que Medi-Cal comparta la solicitud de su niño con Healthy Families Program, si su hijo ya no califica para Medi-Cal sin costo.

Página A3 de la Solicitud

SECCIÓN 7: Información Voluntaria

Esta información es VOLUNTARIA y NO afecta la posibilidad de reunir los requisitos para Medi-Cal for Families, sin embargo Medi-Cal for Families la necesita para poder tomar una determinación.

El solicitante sólo necesita indicar "sí" o "no".

Las respuestas a estas dos preguntas ayudarán al estado de California a reclamar fondos federales para sus programas de atención médica.

SECCIÓN 7: Información voluntaria. No se requiere que responda a estas preguntas. Sus respuestas no afectarán su elegibilidad pero ayudarán al estado a obtener fondos adicionales del gobierno federal para pagar por programas de cuidado de salud.	
51 ¿Hay más de un automóvil en el hogar de los niños?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
52 ¿Hay más de \$3,150 en efectivo depositados en cuentas bancarias en el hogar de los niños?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Preguntas de la sección 7

51. Más de un automóvil

- Indique con 'sí' o 'no' si hay más de un automóvil en la casa en que viven el niño o la mujer embarazada.

52. Más de \$3,150 en cuentas bancarias

- Indique con 'sí' o 'no' si hay más de \$3,150 en cuentas bancarias en la casa en que viven el niño o la mujer embarazada.

Página A3 de la Solicitud

SECCIÓN 8: Firma y certificación

SECCIÓN 8: Firma y certificación.	
53	Declaro bajo pena de perjurio en conformidad con las leyes del estado de California, que las respuestas que he dado en esta solicitud, las declaraciones que hice, y los documentos presentados son verdaderos y correctos a mi saber y entender. Declaro que he leído y comprendo las instrucciones de la solicitud, las declaraciones y toda la información impresa en esta solicitud.
Firma _____	Fecha _____
Firma del testigo _____ <i>(Si la persona firmó con una cruz)</i>	Fecha _____
Representante autorizado <i>(Si lo hubiera)</i> _____	Fecha _____

Preguntas de la sección 8

53. Firmas

- Se exige que el solicitante firme y escriba la fecha de la solicitud en el renglón de firma.
- Los CAAs deberán explicar a los solicitantes que al firmar "bajo pena de perjurio", podrían ser enjuiciados por dar información que saben que es falsa.
- Será necesaria la firma de un testigo si el solicitante firma con una marca, como con una "X."
- Un representante autorizado es la persona que puede firmar a nombre del solicitante. No se requiere entregar ningún comprobante junto con la solicitud para demostrar que la persona es el representante autorizado. El Departamento de servicios sociales del condado y Healthy Families Program se pondrán en contacto con el solicitante si se necesita más información.

Aviso de confidencialidad de Medi-Cal:

Los Artículos 10850 y 14100.2 del Código de Beneficencia e Instituciones (Welfare and Institutions Code) establecen que la información que se proporciona en esta solicitud es confidencial y privada. La información se podrá revelar sólo en conformidad con esas leyes.

Declaraciones, Derechos y Responsabilidades de Medi-Cal:

Tengo derecho a:

- Ser tratado con decencia e igualdad, sin importar mi raza, color, religión, origen nacional, género, edad o creencia política.
- Solicitar un intérprete.
- Solicitar una audiencia imparcial si considero que una decisión relacionada con mi caso de Medi-Cal es injusta o incorrecta. Debo solicitar una audiencia dentro de los 90 días de haber recibido una Notificación de Acción. Para información sobre audiencias imparciales de Medi-Cal, llame gratis al 1-800-952-5253.

Tengo las siguientes responsabilidades:

- Mandar al condado un informe de ajuste cuando éste lo solicite.
- Notificar dentro de un plazo de 10 días cualquier cambio en la información que estoy dando en esta solicitud.
- Notificar al condado si un miembro de mi familia solicita beneficios por incapacidad, vive en una institución pública o si recibe atención médica por algún accidente o lesión provocada por otra persona.
- Cooperar si mi caso es revisado.

Declaro que cada persona para quien solicito beneficios:

- Reside y tiene intenciones de permanecer en California.
- No es propietario ni renta una residencia principal fuera de California.
- No recibe asistencia pública de fuera de California.
- No está en la cárcel, en la prisión ni en ninguna otra institución correccional.

Asimismo declaro que:

- Comprendo que como condición de mi elegibilidad para Medi-Cal, todos los derechos a recibir asistencia médica se asignan automáticamente al estado de California.
- Si no soy elegible para este programa de Medi-Cal, comprendo que es posible que califique para otros programas y tengo derecho a solicitarlos.
- Comprendo que si intencionalmente no doy información necesaria, o si doy información falsa, se me pueden negar beneficios o estos pueden ser anulados o se me podrá requerir que reembolse el pago de dichos beneficios. Asimismo, podré ser investigado por fraude.

Aviso de privacidad de Medi-Cal:

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal sobre Privacidad requieren que el Departamento de Servicios para la Salud informe lo siguiente: El Artículo 14011 del Código de Beneficencia e Instituciones y las normas incluidas en el Título 22 del Código de Normas de California (CCR), establecen que las personas que solicitan inscribirse en el programa Medi-Cal deben entregar la información sobre elegibilidad que requiere esta solicitud. Esta información podrá ser compartida con las agencias federales, estatales y locales para verificar la elegibilidad y para otros fines relacionados con la administración del programa Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) del estado inmigratorio, solamente para aquellas personas que solicitan beneficios completos de Medi-Cal. (La legislación federal establece que el INS no puede utilizar la información con ningún otro propósito, excepto en casos de fraude.) La información será utilizada por Electronic Data Systems para procesar reclamos y para fabricar las Tarjetas de Identificación para Beneficios (BIC). Si no se proporciona la información requerida, la solicitud de inscripción podrá ser rechazada.

Es obligatorio entregar toda la información solicitada en este formulario, excepto la información étnica y cualquier otro dato identificado como voluntario u opcional. Los números de Seguro Social se requieren de acuerdo con el Artículo 1137(a)(1) de la Ley de Seguro Social, y el Artículo 14011.2 del Código de Beneficencia Pública e Instituciones, a menos que se soliciten únicamente servicios de emergencia o relacionados con el embarazo.

Todas las personas tienen derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentran en poder del Departamento de Servicios para la Salud en su condado.

Aviso de confidencialidad de Medi-Cal:

- Los Artículos 10850 y 14100.2 del Código de Beneficencia e Instituciones (Welfare and Institutions Code) establecen que la información que se proporciona en esta solicitud es confidencial y privada. La información se podrá revelar solo en conformidad con esas leyes.

Derechos de Medi-Cal, Responsabilidades y Declaraciones:

- Tengo derecho a:
 - Ser tratado con decencia e igualdad, sin importar mi raza, color, religión, origen nacional, género, edad o creencia política.
 - Solicitar un intérprete.
 - Solicitar una audiencia imparcial si considero que una decisión relacionada con mi caso de Medi-Cal es injusta o incorrecta. Debo solicitar una audiencia dentro de los 90 días de haber recibido una Notificación de Acción. Para información sobre Audiencias imparciales de Medi-Cal, llame gratis al 1-800-952-5253.

Página A3 de la Solicitud

- Tengo las siguientes responsabilidades
 - Mandar al condado un informe de ajuste cuando este lo solicite
 - Notificar dentro de un plazo de 10 días cualquier cambio en la información que estoy dando en esta solicitud.
 - Notificar al condado si un miembro de mi familia solicita beneficios por incapacidad, vive en una institución pública o si recibe atención médica por algún accidente o lesión provocada por otra persona
 - Cooperar si mi caso es revisado

- Yo declaro que cada persona para quien solicito beneficios:
 - Reside en California.
 - No recibe asistencia pública de fuera de California.
 - No esta en la Cárcel, en la prisión ni en ninguna otra correccional.

- Asimismo declaro que:
 - Comprendo que como condición de mi elegibilidad Para Medi-Cal, todos los derechos a recibir asistencia Médica se asignan automáticamente al estado de California.
 - Si no soy elegible para este programa de Medi-Cal, Comprendo que es posible que califique para otros programas y tengo derecho a solicitarlos.
 - Comprendo que si intencionalmente no doy Información necesaria o si doy información falsa, se me puede negar beneficios o estos pueden ser anulados o se me podrá requerir que reembolse el pago de dichos beneficios. asimismo, podrá ser Investigado por fraude.

Aviso de privacidad de Medi-Cal:

- La ley de Practicas de información de 1977 y de la ley Federal sobre Privacidad requieren que el Departamento de Servicios para la Salud informe lo siguiente: El Artículo 14011 del Código de Beneficencia e Instituciones y las normas incluidas en el Titulo 22 del Código de Normas de California (CCR) establecen que las personas que solicitan Inscribirse en el programa Medi-Cal deben entregar la información sobre elegibilidad que requiere esta solicitud. Esta información podrá ser compartida con las agencias federales, estatales y locales para verificar la elegibilidad y para otros fines relacionados con la administración del programa Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS) Del estado inmigratorio, solamente para aquellas personas que solicitan servicios completos de Medi-Cal. (La legislación federal establece que el INS no puede utilizar la información con ningún otro propósito, excepto en casos de fraude) La información será utilizada por Electrónica Data Systems para procesar reclamos y para fabricar las Tarjetas de Identificación para Beneficios (BIC) Si no se proporciona la información requerida, la solicitud de inscripción podrá ser rechazada.

- Es obligatorio entregar toda la información solicitada en este formulario, excepto la información solicitada en este formulario, excepto la información étnica y cualquier otro dato identificado como voluntario u opcional. Los números de Seguro Social se

requieren de acuerdo con el Artículo 1137(a)(1) de la ley del Código de Beneficencia Pública e Instituciones, a menos que se soliciten únicamente servicios de emergencia o relacionados con el embarazo.

- Todas las personas tienen derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentren en poder del Departamento de Servicios para la Salud en su condado.

SECCIÓN 9: Reembolso por asistencia con la solicitud. Solo para uso del Asistente Certificado para solicitudes.

La sección 9 se debe completar a la hora de la sumisión inicial para que el reembolso de una solicitud asistida por un CAA sea procesado.

SECCIÓN 9: Llene esta sección SÓLO si recibió ayuda de un Asistente Certificado de Solicitud (CAA).	
CORTE AQUÍ	54 Si desea que la información sea revelada al CAA conteste esta pregunta: <input type="checkbox"/> Al marcar este cuadro y firmar a continuación, permito a Healthy Families y a Medi-Cal que den información por teléfono acerca del estado de esta solicitud al representante de la Entidad de Inscripción mencionado abajo. Este permiso terminará en la fecha en la que el programa envíe los resultados de la determinación acerca de la elegibilidad presentada en esta Solicitud.
	55 Certifico que recibí ayuda para llenar este formulario del Asistente Certificado de Solicitud mencionado más adelante. La ayuda que proporciona el CAA es GRATUITA . Nº del CAA: <input type="text"/> N° de EE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Firma del solicitante _____ Fecha _____ Firma del CAA _____ Fecha _____
	<small>El estado no proporcionará reembolsos a la entidad de inscripción a menos que se conteste completamente y correctamente esta pregunta cuando se presente este Formulario de Solicitud.</small>
<small>MC 321 HFP (rev. 04/06) APPLICATION</small>	A3 PARA PEDIR AYUDA, LLAME GRATIS AL 1-800-880-5305

Preguntas de la sección 9

54. Autorización para solicitar el estado de la solicitud

- Al marcar este cuadro la Entidad de Inscripción tendrá la autoridad de obtener el estado de la solicitud. Este permiso termina en la fecha en que se determine la elegibilidad en esta solicitud.

55. Firmas del solicitante y el CAA

- El solicitante firma y escribe la fecha en la solicitud para comprobar que le ayudó un Asistente certificado para solicitudes.
- El CAA también firma y escribe la fecha de la solicitud y escribe sus números de CAA y EE.

NOTA: El número de CAA de nueve dígitos y el número de EE de cinco dígitos son necesarios para hacer un seguimiento de las solicitudes en los CAAs y sus EE ayudaron a los solicitantes Lea el Capítulo 3 (*Solicitud conjunta por correo para Healthy Families Program y Medi-Cal for Families*)

Página A4 de la Solicitud

La página A4 de la solicitud tiene que ver sólo con Healthy Families Program. En el Manual de Healthy Families y en su sitio web www.healthyfamilies.ca.gov encontrará información sobre los planes de atención médica, dental y de cuidado de la vista disponible y sobre proveedores.

Si el solicitante no escoge planes de atención médica, dental y de cuidado de la vista para sus hijos que reúnan los requisitos para Healthy Families Program, se le contactara para que los elija. Esto retrasará la fecha de inicio de la cobertura para los niños.

No se requiere que la familia escoja proveedores (médicos, dentistas o clínica) para los hijos que reúnan los requisitos para Healthy Families Program al momento de enviar la solicitud. Si la familia no escoge proveedores, los planes se los asignarán. Si necesita más información, lea el Capítulo 7 (*Healthy Families Program*).

SECCIÓN A: Opciones de planes de atención médica, dental y de cuidado de la vista

				Si piensa que califica para Healthy Families y desea escoger su plan de salud, dental y de la vista ahora, llene esta página. Si no, nos comunicaremos con usted más adelante para pedirle esta información. Consulte su Manual de Healthy Families para más información o visite nuestra página en la web: www.healthyfamilies.ca.gov .			
SECCIÓN A: Elección del plan de salud, dental y de la vista.							
56	Plan de salud/código	57	Plan dental/código	58	Plan para la vista/código		
59	Nombre del doctor/clínica <i>(opcional)</i>	60	Código del doctor/clínica <i>(opcional)</i>	61	Nombre del dentista/clínica <i>(opcional)</i>	62	Código del dentista/clínica <i>(opcional)</i>

Preguntas 54-56: Selección de planes de atención médica, dental y de cuidado de la vista

56. Plan médico/Código

- Escriba el nombre Y el número de código del plan médico que la familia seleccionó.

57. Plan dental/Código

- Escriba el nombre Y el número de código del plan dental que la familia seleccionó.

58. Plan de cuidado de la vista/Código

- Escriba el nombre Y el número de código del plan de cuidado de la vista que la familia seleccionó.

Página A4 de la Solicitud

				Si piensa que califica para Healthy Families y desea escoger su plan de salud, dental y de la vista ahora, llene esta página. Si no, nos comunicaremos con usted más adelante para pedirle esta información. Consulte su Manual de Healthy Families para más información o visite nuestra página en la web: www.healthyfamilies.ca.gov .			
SECCIÓN A: Elección del plan de salud, dental y de la vista.							
56 Plan de salud/código		57 Plan dental/código		58 Plan para la vista/código			
59 Nombre del doctor/clínica <i>(opcional)</i>		60 Código del doctor/clínica <i>(opcional)</i>		61 Nombre del dentista/clínica <i>(opcional)</i>		62 Código del dentista/clínica <i>(opcional)</i>	

Preguntas 57-60: Selección de proveedor

Si el solicitante eligió un médico o la clínica para el niño, indique aquí la información del proveedor

59. Escriba el nombre del médico o la clínica que el solicitante eligió para los niños.

60. Escriba el código del médico o la clínica que el solicitante eligió para los niños.

61. Escriba el nombre del dentista o la clínica que el solicitante eligió para los niños.

62. Escriba el código del dentista o la clínica que el solicitante eligió para los niños.

SECTION B: Plan de poblaciones especiales (antes Proyecto Rural de Demostración)

Se trata de un plan opcional para indios americanos, para nativos de Alaska y familias que desempeñan trabajos por temporada o migratorios de agricultura, explotación forestal o de pesca. No es necesario que las familias que reúnen los requisitos para el Plan de poblaciones especiales lo seleccionen. Pueden elegir cualquiera de los programas que existan en su condado. La ventaja de este programa es que existe en todo el estado y que las familias no tendrán que cambiar los planes de seguro de sus hijos cuando se muden de un condado a otro.

Hay información sobre este plan en el Manual de Healthy Families y se incluye información sobre el código de combinación de planes y las cuotas.

NOTA: Las familias deberán asegurarse de informar a Healthy Families Program cuando cambien sus direcciones para garantizar que reciban todas las facturas de pólizas y los avisos del programa.

(Ahora se conoce con el nombre de plan de poblaciones especiales)

SECCIÓN B: Proyecto de demostración.	
63 Si pertenece a uno de estos grupos, le ofrecemos una nueva combinación de plan de salud, dental y de la vista disponible en todo el estado. Puede escoger esta nueva combinación y escribir el código en el cuadro siguiente. Consulte el Manual de Healthy Families sobre el código de combinación de planes. Marque todos los cuadros que correspondan.	
<input type="checkbox"/> Indígena Americano	<input checked="" type="radio"/> Empleado en los siguientes trabajos de temporada o migratorios: <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Forestal <input type="checkbox"/> Pesca
Código de combinación de planes	

Preguntas de la sección B

63. Plan de poblaciones especiales

- Si el solicitante elige el Plan de poblaciones especiales, indique si el solicitante está en cualquiera de las siguientes categorías:
 - Indio americano o nativo de Alaska
 - Tiene un trabajo estacional o migratorio en agricultura
 - Tiene un trabajo estacional o migratorio en explotación forestal
 - Tiene un trabajo estacional o migratorio en pesca
- Casilla "Código de combinación de planes": escriba el código de combinación de planes para el Plan de Poblaciones Especiales. Esta información se encuentra al final de la página, Planes de Seguros por condado en el Manual de Healthy Families.

SECTION C: Declaraciones de Healthy Families

SECCIÓN C: Declaraciones de Healthy Families.

<p>Declaro que cada persona para la que solicito beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reside en California.• No está en la cárcel ni en un hospital de salud mental.• No es elegible para Medicare Parte A y Parte B.• No es miembro de una familia que es elegible para recibir beneficios médicos a través del Programa(s) de Atención Médica del Sistema de Retiro para Empleados Públicos de California. <p>Asimismo declaro que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Todas las personas que figuran en esta solicitud cumplirán con las normas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que estén inscritos.• He leído y comprendo el Manual de Healthy Families, comprendo lo que dice sobre cada plan de salud, dental y de la vista, y los beneficios que estos ofrecen.	<ul style="list-style-type: none">• Solicito inscribir a aquellos de mis hijos que sean elegibles para Healthy Families, a menos que ya estén inscritos, o tengo 18 años o soy menor de edad y solicito inscribirme.• Me comprometo a pagar seis pagos mensuales. Si no hago estos pagos, se anulará mi inscripción en el programa y no podré participar por 6 meses. Deberé pagar por cualquier servicio de Healthy Families que reciba en el mes después de que mi cobertura termine.**• Autorizo al Programa Healthy Families a que verifique los ingresos de mi familia, la cobertura de salud, el estado migratorio de las personas para quienes hago la solicitud y toda la demás información en esta solicitud.• Declaro que notificaré al programa dentro de un plazo de 30 días sobre cualquier cambio de dirección de cualquiera de las personas a las que solicito inscribir que sean aceptadas en el programa, y sobre cualquier cambio en la dirección del solicitante a quien se deben mandar los cobros.
---	---

****NOTA:** Los niños serán removidos del programa cuando la cuota mensual sé a retrasado por dos meses. El solicitante no tiene que esperar 6 meses para volver a solicitar. El solicitante debe pagar cualquier cuota atrasada al momento de solicitar otra vez.

El Asistente Certificado para Solicitudes deberá repasar junto con el solicitante las Declaraciones de Healthy Families que aparecen en esta sección.

Página A4 de la Solicitud

Se exige que el solicitante haga las siguientes declaraciones.

El solicitante declara que cada persona para la que está solicitando afiliación:

- Es residente de California.
Los niños deben ser residentes de California para reunir los requisitos a Healthy Families Program.
- No está en la cárcel ni en un hospital mental.
- No reúne los requisitos para Medicare Parte A y Parte B.
Los niños que reúnan los requisitos para Medicare Parte A y Parte B no reúnen los requisitos para Healthy Families Program.
- No es miembro de una familia que tenga derecho a beneficios médicos de los Programas de Beneficios Médicos del Sistema de Retiro de Empleados Públicos de California (CALPERS)
 - Los niños que tengan derecho a beneficios médicos del CALPERS no reúnen los requisitos para Healthy Families Program a menos que CALPERS pague menos de \$10 al mes por los beneficios de los niños.
 - Ejemplos de empleados que pueden reunir los requisitos para el CALPERS son los empleados federales, estatales o de condado, así como empleados del distrito escolar.

El solicitante declara además que:

- Todas las personas de esta solicitud cumplirán con las reglas de participación, el proceso de revisión de utilización y el proceso de resolución de disputas de los planes participantes en los que las personas estén afiliadas.
- He leído y entiendo el Manual de Healthy Families. Entiendo lo que dice acerca de cada plan de salud, dental y plan de cuidado de la vista y los beneficios que ofrecen.

El manual contiene información importante acerca del derecho a servicios, cuotas y otros detalles del programa.

- Estoy haciendo solicitud para todos mis hijos que reúnen los requisitos para Healthy Families, a menos que ya estén afiliados o tengan 18 años de edad o yo sea un menor y esté solicitando para mí mismo.
- Doy permiso para que Healthy Families Program compruebe mis ingresos familiares, cobertura médica, situación migratoria de las personas para las que estoy solicitando y todos los demás datos de esta solicitud.
- Acepto avisar al programa a más tardar 30 días después de todo cambio de dirección de cualquier persona para quien hago la solicitud al programa y cualquier cambio en la dirección de facturación del solicitante.

Healthy Families Program debe contar con la dirección actualizada del solicitante para poder enviarle por correo la factura mensual de la cuota al igual que información importante sobre el programa, así como el formulario para la revisión anual de derechos.

Página A4 de la Solicitud

SECCIÓN D: Aviso de privacidad

La información de esta sección explica cómo utilizará Healthy Families Program la información que dé el solicitante.

Los CAAs deberán de revisar esta sección junto con el solicitante.

SECCIÓN D: Aviso sobre la privacidad.

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal sobre Privacidad requieren que el Programa **Healthy Families** informe lo siguiente a las personas a quienes **Healthy Families** les solicita información:

La información personal y médica se solicita sólo para la identificación del suscriptor y la administración del programa. Las normas del programa requieren, en el Título 10, CCR, Artículo 2699.6600, que toda persona proporcione cierta información cuando solicite inscribirse en el Programa **Healthy Families**. La información sobre el suscriptor podrá ser compartida con agencias locales y del estado que participen en la administración de programas de cuidados de salud. La información sobre las personas que no se inscriban (incluyendo el estado inmigratorio), se utilizará sólo para determinar la elegibilidad y para la administración del programa. El no dar esta información puede causar que la solicitud sea devuelta por estar incompleta. No es obligatorio incluir la siguiente información en la solicitud: número de Seguro Social, información étnica (a menos que el suscriptor sea Indígena Americano) y cualquier otra pregunta que diga voluntaria u opcional. Una persona tiene derecho de acceso a los archivos con su información personal que se encuentran en poder de la Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores (Managed Risk Medical Insurance Board). El funcionario a cargo de la información es el Director Adjunto de Elegibilidad e Inscripción (Deputy Director of Eligibility and Enrollment), Junta Directiva de Seguros Médicos de Riesgos Mayores, 1000 G Street, Oficina 450, Sacramento, California 95814, (916) 324-4695.

SECCIÓN E: Resolución de disputas

Muchos de los planes que las familias pueden elegir para la cobertura de sus niños a Healthy Families requieren que todos los desacuerdos se manden a arbitraje obligatorio (disputas sobre cobertura, negación de servicio y demandas por negligencia médica) Otros planes permiten que los pacientes entablen demanda por negligencia médica, pero requieren que otros tipos de desacuerdo se lleven a arbitraje. El arbitraje es un proceso que se lleva a cabo fuera de los tribunales y sirve para solucionar diferencias.

El Manual de Healthy Families indica cuales planes requieren arbitraje obligatorio en la sección “Respuestas a preguntas frecuentes”.

SECCIÓN E: Resolución de disputas.

Al inscribirse en ciertos planes está de acuerdo en que ciertos reclamos (que pueden incluir los reclamos por negligencia de práctica médica) sean decididos mediante un arbitraje neutral obligatorio. Los miembros renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal. El **Manual de Healthy Families** incluye información sobre cada plan y el requisito de arbitraje. Puede llamar a los planes que escoja para recibir más información.

Página A4 de la Solicitud

SECCIÓN F: Firma

SECCIÓN F: Firma y certificación.

64	Certifico que he leído y comprendo la información anterior. También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.
Firma: _____	Fecha: _____
Firma del testigo: _____	Fecha: _____
<i>(Si la persona firmó con una cruz)</i>	

Sección F - Preguntas

64. Firmas

- Se requiere que el solicitante firme y que ponga la fecha en el renglón de la firma de su solicitud.
- Los CAAs deberán explicarle al solicitante que está certificando que la información es verdadera y correcta y que podría ser enjuiciado al dar información que sepa que es falsa.
- Será necesaria la firma de un testigo si el solicitante firma con una marca, como con una "X."